

Карасев Н.Е., Протасевич В.К.,
Язвинский Э.А., Карасев С.Н.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ АБСЦЕССОВ ПО МАТЕРИАЛАМ МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ

/ Могилев /

Диагностика, лечение и профилактика внутрибрюшных абсцессов и инфильтратов является крайне трудной задачей и эта проблема в гнойной хирургии была и остается актуальной.

За 25-летний период, с 1972 по 1997 г.г. в Могилевской областной больнице лечилось 114 больных с абсцессами брюшной полости различной локализации, что составляет 0,54% ко всем прошедшим больным, лечившимся в гнойном отделении.

Из этих 114 больных 54,3% (62 больных) было с поддиафрагмальными абсцессами, 15,7% (18 больных) — с тазовыми абсцессами, 12,2% (14 больных) — с межпеченочными абсцессами, 11,4% (13 больных) — с абсцессами органов брюшной полости (печень, селезенка, большой сальник) и 6,1% (7 больных) — с забрюшинными флегмонами. Среди которых у 2 больных были поддиафрагмальные абсцессы с расплавлением диафрагмы справа и прорывом гноя в плевральную полость. В 2 случаях поддиафрагмальные абсцессы осложнились желчеbronхиальными свищами.

После подтверждения диагноза при любой локализации абсцесса больных оперировали как срочных, обязательно под общим обезболиванием. Во время обследования одновременно проводилась интенсивная терапия, как предоперационная подготовка.

Поддиафрагмальные абсцессы в зависимости от расположения последнего вскрывались то по А.В.Мельникову, то по Клермону. При вскрытии гнойное содержимое брали на бак.посев и чувствительность к антибиотикам, аспирировали содержимое электроотсосом, промывали полость абсцесса одним из имеющихся антисептиков, после этого полость абсцесса дренировали тампонами с одним из антисептических растворов, подводили 1 или 2, в зависимости от величины абсцесса, резиновые трубки и микроирригаторы для антибиотиков. Эти дренажи выводили на переднюю или боковую поверхность брюшной стенки, создавая самый короткий канал. В большинстве случаев дренажные трубки подключали к активной аспирации.

При межкишечных абсцессах вскрытие производили над пальпируемым инфильтратом. При рассечении мягких тканей определяли место флюктуации и над ней небольшим разрезом пересекали брюшину, аспирировали электроотсосом содержимое, затем рану расширяли, обследовали

пальцем и дренировали, по возможности подключали к активной аспирации.

Абсцессы полости таза преимущественно вскрывались через прямую кишку, в трех случаях — через влагалище. В полость абсцесса ставилась дренажная трубка простая или Т-образная и через нее полость абсцесса промывалась одним из антисептиков.

В последнее время, начиная с 1996 года при абсцессах печени производили вскрытие последних под лучом УЗИ. Таким путем вскрыто 5 абсцессов.

Наряду с хирургическим лечением проводили интенсивную консервативную терапию, направленную на нормализацию водно-электролитного, белкового обмена, на поднятие иммунорезистентных сил организма. В лечении этих больных необходимо учитывать иммунологический фон больного и придавать ему большое значение.

Наряду с этим обязательно проводим усиленную целенаправленную, с учетом антибиотикогаммы, антибактериальную терапию.

Средний койко-день составил 62. Из 114 больных умерло 12, что составляет 10,5%. При поддиафрагмальных абсцессах умерло 6, что составляет 9,6%.

Наиболее действенным методом профилактики абсцессов является ужесточение требований асептики и антисептики, своевременная хирургическая помощь при неотложных заболеваниях и травмах органов брюшной полости, забрюшинного пространства и таза; бережное, щадящее отношение к тканям во время операции, адекватная санация и дренирование брюшной полости, внедрение в клинику биологических методов профилактики и лечения гнойно-септических осложнений.

Контингент этих больных с абсцессами крайне тяжелый, требующий к себе пристального внимания, чуткого отношения, большого терпения со стороны врачей и обслуживающего персонала.